

# **Obtenção de Consentimento Informado para Anestesia em Cirurgia Eletiva num Hospital Grau III: Práticas e Contexto Ético-Legal**

## ***Obtaining Informed Consent for Anesthesia in Elective Surgery at a Tertiary-care Hospital: Practices and Ethical-Legal Context***

Pereira S.<sup>1</sup>, Casimiro L.G.<sup>2</sup>, Pires S.<sup>3</sup>, Mourão J.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Serviço de Anestesiologia, Porto, Portugal

<sup>2</sup>Centro Hospitalar São João E.P.E., Serviço de Anestesiologia, Porto, Portugal,

<sup>3</sup>Ministério Público

Autor correspondente: Sara Marisa da Silva Pereira

Morada: Rua Santo António, n° 268, 1º andar. 4795-693 São Tomé de Negrelos. Santo Tirso.

E-mail: saranita5@gmail.com

Título para cabeçalho: Obtenção de consentimento informado para anestesia.

# Obtenção de Consentimento Informado para Anestesia em Cirurgia Eletiva num Hospital Grau III: Práticas e Contexto Ético-Legal

*Obtaining Informed Consent for Anesthesia in Elective Surgery at a Tertiary-care Hospital: Practices and Ethical-Legal Context*

## RESUMO

**Introdução.** O objetivo deste estudo foi avaliar o grau de implementação do consentimento informado escrito para o ato anestésico no contexto de cirurgia eletiva.

**Material e métodos.** Estudo observacional prospetivo, num hospital universitário, em doentes com idade igual ou superior a 60 anos submetidos a cirurgia eletiva entre maio e julho de 2017. Doentes incapazes de dar consentimento informado e/ou admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos após cirurgia foram excluídos. No pré-operatório, registámos os dados demográficos e clínicos dos doentes. Após o procedimento, recolhemos do processo clínico os dados relativos à técnica anestésica realizada e à obtenção de consentimento informado por escrito para o ato anestésico e cirúrgico.

**Resultados.** Em 225 (97,8%) dos doentes, verificou-se a obtenção, por escrito, de consentimento informado para o ato cirúrgico, mas apenas em 96 (41,7%) se verificou a obtenção por escrito do consentimento informado para o ato anestésico. Os doentes sem registo de consentimento informado para o ato anestésico associaram-se a antecedentes de acidente vascular cerebral, anemia e *scores* de Charlson e estado físico ASA mais elevados.

**Discussão.** Identificámos uma baixa implementação do consentimento informado escrito para o ato anestésico. Esta situação associou-se a doentes com morbilidade mais elevada, o que pode ter importantes implicações em contexto de responsabilidade disciplinar, civil ou penal.

**Conclusão.** Apesar da sua importância enquanto exigência ética e legal, a prática do consentimento informado escrito para o ato anestésico nesta instituição ainda não está implementada regularmente.

**Palavras-chave.** Consentimento informado; anestesiologia; intervenção cirúrgica; responsabilidade médica.

## ABSTRACT

**Background.** The aim of this study was to evaluate the degree of implementation of written specific informed consent for anesthesia in the context of elective surgery.

**Material and methods.** An observational prospective study, at a university hospital, with patients aged 60 years and older who underwent elective surgery between May and July 2017. Patients who were unable to give informed consent and those admitted in the Intensive Care Unit after surgery were excluded. In the preoperative period, we recorded patients' demographic and clinical data. After the procedure, from the clinical records the data of anesthetic technique and the registration of written informed consent for anesthesia was collected.

**Results.** Written informed consent for the surgical procedure was obtained for 225 (97,8%), while for only 96 (41,7%) patients was it obtained for the anesthetic act. Patients without written informed consent for anesthesia were associated with a history of stroke, anemia, and higher Charlson and physical ASA scores.

**Discussion.** We identified a low implementation of written informed consent for anesthesia. This situation was associated with higher morbidity, that may have important implications in the context of disciplinary, civil or criminal liability.

**Conclusion.** Despite its importance as an ethical and legal requirement, the practice of written informed consent for anesthesia in this institution is not yet implemented regularly.

**Keywords.** Informed Consent; Anesthesiology; Surgical Procedures, Operative; Liability, Legal.

## INTRODUÇÃO

A obtenção do consentimento informado pressupõe o esclarecimento do doente acerca da proposta terapêutica, médica ou cirúrgica, e, com base no seu sistema de valores, este decide aceitá-la ou não<sup>1</sup>. Para ser válido e cumprir o seu propósito, deve constituir um processo ativo de diálogo participado nas decisões sobre saúde do doente<sup>2</sup>. O consentimento informado é hoje valorizado sob dois pontos de vista: o ético, como peça fundamental da relação médico-doente e da autonomia do doente; o legal, enquanto instituto que permite a autodeterminação sobre os riscos assumidos, delimitando a responsabilidade que recai sobre o médico<sup>3</sup>. O consentimento informado, particularmente se registado por escrito, constitui um instrumento documental e prova de defesa num eventual processo judicial de responsabilidade médica. Está consagrado em várias normas legais e deontológicas, como a Convenção de Oviedo<sup>4</sup>, a Lei de s da Saúde<sup>5</sup>, o Estatuto<sup>6</sup> e Código Deontológico da Ordem dos Médicos<sup>7</sup>, a Norma 015/2013 da Direção-Geral da Saúde<sup>8</sup>, o Código Civil<sup>9</sup> e o Código Penal<sup>10</sup>.

O consentimento para atos anestésicos foi durante muito tempo considerado implícito no caso de intervenções cirúrgicas eletivas. O cirurgião dominava quase exclusivamente o bloco operatório, não existindo autonomia ou responsabilidade dos restantes intervenientes, independentemente da sua diferenciação. Assim, ficava a seu cargo apresentar a proposta anestésica ao doente. Gradualmente, a Anestesiologia afirmou-se como especialidade diferenciada, com campos de intervenção próprios e autónoma em múltiplas competências, que superam o ato de anestésiar. A relação entre cirurgião e anestesiológista tornou-se horizontal, e o contacto direto entre o doente e o anestesiológista convoca a sua responsabilidade pessoal e civil em regime cumulativo, vinculando-o à obrigação de meios<sup>11</sup> e à obtenção de consentimento livre e esclarecido para as técnicas que propõe.

A autonomia do anestesiológista em relação à restante equipa está consagrada no Código Deontológico da Ordem dos Médicos<sup>7</sup>: “o médico, no exercício da sua profissão, é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus atos”. Porém, os trabalhos de Tait et al e Zarnegar et al mostram que os doentes continuam a atribuir maior importância ao consentimento para o ato cirúrgico do que para o ato anestésico, recordando-se melhor da informação discutida acerca da intervenção cirúrgica propriamente dita<sup>12,13</sup>.

O ato anestésico tem natureza, propósito, benefícios, alternativas e riscos próprios, que devem ser alvo de discussão e consentimento específicos. Apenas o anestesiológista tem as competências e conhecimentos necessários à formulação e discussão de um plano anestésico e suas particularidades. Por esse motivo, a discussão e obtenção do consentimento para o ato anestésico deve ser uma obrigação ética e legal do anestesiológista, e não de outros profissionais de saúde. Vários autores verificaram que a obtenção de consentimento informado próprio para o ato anestésico melhora a compreensão acerca dos procedimentos anestésicos, seus benefícios e efeitos laterais, assim como do papel do anestesiológista na intervenção<sup>14,15</sup>.

A Direção-Geral de Saúde preconiza as práticas de transmissão de informação adequada e documentação do consentimento informado sugeridas pela literatura atual<sup>8,16,17</sup>. Sugere que seja obtido consentimento informado por escrito, em formulário próprio, para a cirurgia eletiva com recurso a qualquer técnica anestésica. A existência deste formulário constitui uma forma prática de documentar a decisão do doente.



**Objetivo**

O objetivo deste estudo foi avaliar a obtenção do consentimento informado escrito para o ato anestésico no contexto de procedimentos cirúrgicos eletivos em doentes com idade igual ou superior a 60 anos, num hospital universitário.

## MATERIAL E MÉTODOS

Após aprovação pela Comissão de Ética Institucional, realizámos um estudo observacional prospetivo no serviço de Anestesiologia de um hospital universitário.

Foram incluídos neste estudo doentes com idade igual ou superior a 60 anos, submetidos a atos anestésicos no âmbito de intervenções cirúrgicas eletivas de Cirurgia Geral, Urologia, Ginecologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Ortopedia ou Cirurgia Maxilo-Facial, entre maio e julho de 2017. Os doentes admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos no pós-operatório, com incapacidade de compreender a língua portuguesa, ou com incapacidade de dar consentimento informado para participação neste estudo foram excluídos.

O documento utilizado para registo do consentimento informado para o ato anestésico foi criado pela Comissão de Ética Institucional (Anexo I). É utilizado pelo serviço de Anestesiologia da instituição, tendo sido previamente avaliada a sua compreensibilidade e adequação da linguagem. Refere o esclarecimento e descrição da técnica anestésica, seus benefícios, possíveis complicações e alternativas, lembrando que a informação deve ser transmitida de forma compreensível para o doente. Há a possibilidade de anexar páginas com mais informação relevante para a situação particular.

Antes do procedimento anestésico, os doentes foram observados e recolhidos os seguintes dados: procedimento cirúrgico, dados demográficos, história clínica (antecedentes patológicos e medicação habitual), classificação do estado físico de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA), índice de Charlson, escala de fragilidade clínica e capacidade cognitiva avaliada pelo *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). O índice de Charlson é um indicador com valor prognóstico, que classifica e valoriza as comorbilidades do doente de modo a estimar a sua mortalidade a 10 anos<sup>18,19</sup>. A escala de fragilidade clínica estratifica os doentes de acordo com o seu nível de vulnerabilidade, constituindo um forte preditor de eventos adversos pós-cirúrgicos<sup>20,21</sup>. O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) constitui um método de deteção precoce de disfunção cognitiva, que se encontra adaptado à população portuguesa<sup>22-24</sup>. Foi considerado um *cut-off* clínico de 26<sup>25</sup>, abaixo do qual se considerou existir défice cognitivo do doente.

Após o ato anestésico, o processo clínico do doente foi consultado e recolhidos os seguintes dados: técnica anestésica e obtenção de consentimento informado por escrito para o ato anestésico. Os doentes foram então agrupados de acordo com a informação constante no processo relativamente ao consentimento informado por escrito para o ato anestésico.

Para análise estatística, utilizámos os testes *U* de Mann-Whitney, qui-quadrado de Pearson, associação *linear-by-linear* e teste exato de Fisher. As diferenças foram consideradas significativas quando  $p < 0,05$ . A análise foi realizada com recurso ao *IBM Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc. Chicago, IL) versão 24.0.

## RESULTADOS

Estudámos 230 doentes, dos quais 124 (53,9%) foram do sexo feminino e 106 (46,1%) do sexo masculino. A média de idades foi 70,92 anos. O ato anestésico durou, em média, 2,04 horas.

Em 225 doentes (97,8%), verificámos registo de consentimento informado por escrito para o ato cirúrgico, enquanto em apenas 96 (41,7%) para o ato anestésico. Para 5 doentes (2,2%) não existia consentimento informado documentado por escrito para nenhum procedimento (cirúrgico ou anestésico). A ausência de consentimento informado escrito para o ato anestésico associou-se a antecedentes de acidente vascular cerebral ( $p=0,021$ ) e de anemia ( $p=0,028$ ), e *scores* de Charlson<sup>19</sup> (0,017) e classificação de estado físico ASA ( $p=0,046$ ) mais elevados. Não identificámos associação significativa com as restantes variáveis estudadas. Os resultados obtidos encontram-se discriminados na tabela 1.

*-inserir tabela 1 aqui-*

A distribuição dos doentes pelos serviços cirúrgicos encontra-se descrita na tabela 2. Não se verificaram diferenças significativas entre as características demográficas dos doentes ou serviço cirúrgico.

*-inserir tabela 2 aqui-*

## DISCUSSÃO

Apenas 96 (41,7%) doentes tiveram registo do consentimento informado por escrito para o ato anestésico, enquanto 225 (97,8%) o tiveram para o ato cirúrgico. Estes resultados são concordantes com trabalhos anteriores, que mostraram uma maior implementação do consentimento para atos cirúrgicos do que para atos anestésicos<sup>12,26</sup>. Verificámos uma associação entre a desvalorização da prática do consentimento informado por escrito para o ato anestésico e os doentes com antecedentes de anemia, acidente vascular cerebral, estado físico ASA e Charlson mais elevados. Estas associações revelam-se particularmente preocupantes tendo em conta o risco aumentado de complicações peri-operatórias em doentes com as comorbilidades referidas, que devem ser adequadamente discutidas aquando da obtenção de consentimento informado para o ato anestésico.

Os doentes com antecedentes de acidente vascular cerebral apresentam *a priori* territórios vasculares cerebrais debilitados, encontrando-se particularmente suscetíveis às possíveis complicações decorrentes de eventuais episódios intraoperatórios de hipoperfusão cerebral, nomeadamente novo episódio isquémico, e disfunção cognitiva pós-anestésica<sup>27-29</sup>.

A anemia pré-operatória constitui um fator de risco independente de *outcomes* peri-operatórios adversos<sup>30-32</sup> e necessidade de transfusão no decurso da intervenção cirúrgica<sup>33,34</sup>. Estas consequências podem ser potenciadas pela própria anemia iatrogénica decorrente da hemodiluição por administração de soluções cristaloides durante o procedimento, e pela depressão simpática e cardíaca induzida pela anestesia, que pode fragilizar alguns dos mecanismos fisiológicos de compensação<sup>32,35</sup>. A proposta anestésica deverá ter em conta determinados fatores específicos que podem contribuir pela realização de uma determinada técnica anestésica: a severidade e tipo de anemia, o nível de compensação fisiológica e a perda hemática esperada. A possível indicação para transfusão sanguínea durante o procedimento deverá ser discutida com o doente. A sua vontade deve ser respeitada e adequadamente documentada.

Os doentes com pontuação mais elevada nos *scores* de Charlson<sup>19</sup> e no estado físico ASA apresentam, globalmente, pior condição física e mais comorbilidades, constituindo um grupo mais suscetível à ocorrência de complicações peri-operatórias, necessidade de intervenções não planeadas e sequelas de severidade variável. Têm maior probabilidade de insatisfação face aos resultados e/ou abordagem médica, aumentando o risco de litígio por parte do doente ou seus representantes legais. Como tal, é imperativo que estes doentes sejam adequadamente informados acerca da sua condição, riscos e alternativas aquando da obtenção de consentimento informado para o ato anestésico. Esta abordagem deve ser sistematizada no sentido de ajustar a informação às capacidades cognitivas do doente ou, se indicado, informando adequadamente o seu representante legal e obtendo consentimento deste.

Para 5 dos 230 doentes incluídos no estudo (2,2%) não foi documentada a obtenção de consentimento informado por escrito para a intervenção cirúrgica ou anestésica. Esta situação pode criar sérias dificuldades no esclarecimento da licitude das intervenções realizadas, uma vez que apenas o consentimento informado livre e esclarecido permite transferir para o doente os riscos que de outro modo deverão ser suportados pelo médico<sup>3</sup>.

Atualmente, o consentimento informado é um pré-requisito legal em qualquer intervenção médica e fulcral na legitimidade desta. Permite delimitar a responsabilidade que recai sobre o médico ou sobre o doente<sup>36,37</sup>, pois este, ao consentir, apropria-se conscientemente

dos riscos de que foi informado<sup>38</sup>. O dever de informar está preconizado a nível disciplinar e jurídico. O anestesiológista tem áreas bem delimitadas de responsabilidade perante o doente, e, portanto, responde direta e pessoalmente por eventual atuação negligente<sup>11</sup>.

Em Portugal, a responsabilidade disciplinar médica é regulada pelo Estatuto Disciplinar Médico<sup>39</sup> e Código Deontológico da Ordem dos Médicos<sup>7</sup>; estes instrumentos de regulação são vinculativos para todos os médicos inscritos na Ordem dos Médicos e visam garantir a adequação da prática médica aos parâmetros de qualidade exigidos. A obrigatoriedade do consentimento informado está preconizada no Estatuto<sup>6</sup> (art. 135º) e no Código Deontológico da Ordem dos Médicos<sup>7</sup> (art. 19º e 20º). A responsabilidade disciplinar é invocada aquando da violação (por ação ou omissão) dos deveres e regras de conduta específicas da classe médica, cabendo exclusivamente à Ordem dos Médicos o exercício da ação disciplinar<sup>40</sup>.

Quanto à responsabilidade civil, as ações por responsabilidade médica podem ser sobretudo de dois tipos: por má prática ou erro técnico; ou por violação dos direitos dos doentes, nomeadamente os direitos à autodeterminação e liberdade do doente, intimamente relacionados com o conceito de consentimento informado<sup>3</sup>. No âmbito da responsabilidade civil (contratual ou extracontratual) é necessário que exista uma conduta voluntária da qual resulte ilicitamente um dano no doente, um nexo de causalidade adequada entre o facto praticado pelo médico e o dano e, seja demonstrado, que o médico atuou com culpa<sup>11</sup>.

O Código Civil<sup>9</sup> visa proteger os bens jurídicos de direito à autodeterminação, integridade física e integridade moral da pessoa humana. As intervenções cirúrgicas não são isentas de riscos que podem condicionar um agravamento do estado de saúde do doente, pelo que é fundamental que este esteja esclarecido acerca dessas possíveis complicações. O consentimento esclarecido tem importância fulcral no estabelecimento da licitude da intervenção médico-cirúrgica (artigo 340º do Código Civil<sup>9</sup>). A sua ausência pode estar implicada em processos litigiosos por danos não patrimoniais (por violação do direito à autodeterminação e liberdade) ou patrimoniais (por agravamento do estado de saúde no contexto de intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias). O médico terá, então, o dever de indemnizar o doente pelos danos sofridos com a sua atuação<sup>41</sup>.

De acordo com o artigo 150º do Código Penal<sup>10</sup>, as intervenções médico-cirúrgicas realizadas por médicos ou outros profissionais devidamente qualificados, com finalidade terapêutica e de acordo com as *leges artis* não são consideradas ofensas à integridade física/corporal. Se, por sua vez, uma intervenção for realizada de acordo com as *leges artis*, de forma tecnicamente correta, porém sem consentimento adequado (e válido de acordo com os pressupostos do artigo 157º), constitui uma intervenção médico-cirúrgica arbitrária e crime contra a liberdade pessoal, punível até 3 anos de prisão ou com pena de multa. Quando o médico atua possibilitando um risco não consentido pelo doente e este se concretiza, pode enfrentar processo penal por ofensa à integridade física por negligência (art. 148º) ou homicídio por negligência (art. 137º)<sup>42</sup>. O consentimento permite apenas afastar violações da autodeterminação do doente, não de outros bens jurídicos<sup>43</sup>.

Apesar da importância do formulário de consentimento informado, são conhecidas decisões de tribunais estrangeiros, nomeadamente o australiano e o britânico<sup>44,45</sup>, que recusaram o valor destes documentos, com o argumento de que haviam sido reduzidos a formalidades desprovidas de informação apropriada (em alguns estudos, menos de metade dos doentes foram informados acerca das alternativas terapêuticas<sup>46</sup>) ou compreensão pelo doente da situação a consentir (uma percentagem significativa de doentes assina o consentimento sem ter compreendido o seu direito legal ao mesmo<sup>46</sup>). Em Portugal, existe ainda pouco contacto com

processos de responsabilidade médica relacionados com o consentimento informado (Acórdãos de 09/10/2014 e 7/03/2017 do Supremo Tribunal de Justiça<sup>47,48</sup>), e nenhum processo por ausência de consentimento informado por escrito para o ato anestésico.

A mera assinatura de um formulário não é, portanto, suficiente para garantir a validade do consentimento enquanto vontade devidamente esclarecida e livre, algo que está claramente estabelecido na Norma 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, atualizada a 04/11/2015<sup>8</sup>: “o processo de obtenção do consentimento informado não se esgota no procedimento administrativo de obter a anuência escrita ou verbal do doente para o ato proposto, devendo ser uma atitude sistemática e contínua do exercício dos profissionais de saúde”.

Muitos doentes desconhecem termos médicos e têm noções erradas acerca do procedimento anestésico<sup>13,49</sup>, que devem ser esclarecidas. A prática do consentimento informado para o ato anestésico melhora a compreensão acerca dos procedimentos anestésicos, seus benefícios e efeitos laterais por parte dos doentes<sup>13,14</sup>. Apesar da inexistência de um consenso acerca da informação a discutir sistematicamente com os doentes, é sempre sensato discutir: qual o procedimento proposto e porquê; benefícios e resultados esperados; riscos, complicações e consequências; alternativas à proposta. O critério de adequação e suficiência da informação partilhada para fins de autodeterminação passa pelo padrão do paciente concreto<sup>40</sup>. Deve procurar-se transformar a obrigação legal em incentivo ao diálogo com troca de informação adequada a cada situação particular e adequação do plano às preocupações, características individuais e probabilidade de cada *outcome* no doente concreto<sup>36</sup>. Estes fatores podem influenciar a proposta anestésica, nomeadamente na decisão por anestesia geral ou regional pelas suas características e riscos distintos<sup>50</sup>. Devem ser evitados formulários demasiado complexos ou sobrecarregados de informação, assim como linguagem demasiado técnica, que possam dificultar a compreensão pelo doente.

As falhas na informação e compreensão dos atos anestésicos podem causar insatisfação do doente ou seu representante face aos cuidados médicos e, assim, constituir fatores de risco para litígio<sup>51</sup>. Efetivamente, a literatura existente confirma a insatisfação face à informação transmitida acerca de diferentes alternativas anestésicas, riscos e benefícios do procedimento<sup>12</sup>. Verificou-se, também, pouca consistência entre a informação partilhada por diferentes anestesiológicos de uma mesma instituição<sup>13</sup>. Alguns autores afirmaram já que, em determinados contextos, a inadequada comunicação entre médico e doente pode ser a principal causa de litígio<sup>52</sup>, daí ser fundamental a avaliação pré-anestésica em consulta própria para o efeito, tal como preconizado pela norma nº 029/2013 da Direção Geral de Saúde, “Avaliação Pré-Anestésica Para Procedimentos Eletivos”<sup>17</sup>.

Para além de devidamente informado, o processo de consentimento informado deve ser documentado adequadamente. A manutenção de registos esclarecedores, nomeadamente no processo clínico do doente, é uma prática fundamental na abordagem médica, contribuindo para o esclarecimento da validade do consentimento e prestação de cuidados médicos adequados. No entanto, outros autores verificaram que apenas uma proporção insatisfatória dos médicos o faz por rotina<sup>26,53</sup>. Esta omissão pode dificultar o esclarecimento acerca da validade do consentimento informado.

Os anestesiológicos referem várias dificuldades na obtenção do consentimento informado para o ato anestésico - a atual sobrecarga do sistema nacional de saúde predispõe a que muitas vezes o anestesiológico se encontre com o doente apenas minutos antes da cirurgia, sem tempo nem condições apropriadas a uma discussão esclarecedora e livre de pressões

externas. Em trabalhos anteriores, uma grande parte dos anestesiológicos referiu sentir dificuldades na seleção da informação a partilhar<sup>26</sup>, ou devido a barreiras de comunicação e escassez de tempo<sup>54</sup>. Apesar de constituírem uma realidade, estas dificuldades não podem justificar a ausência do consentimento informado enquanto imperativo ético-legal.

Neste estudo verificámos não existirem diferenças entre a obtenção de consentimento informado por escrito para o ato anestésico entre as diferentes intervenções cirúrgicas, o que permite inferir que a insuficiente implementação do consentimento informado para o ato anestésico é transversal a toda a instituição. Foi utilizado um formulário de consentimento informado previamente criado pela Comissão de Ética Institucional. Este apresenta linguagem simples e acessível, e informação sucinta de forma a incentivar a discussão oral, sendo prático para o uso sistemático na prática clínica. Quanto às limitações deste estudo, foi estudado um pequeno número de doentes e um número limitado de serviços hospitalares. Seria também pertinente estudar a prática do consentimento informado por escrito numa população mais jovem, de modo a obter comparações e estudar uma possível subvalorização da discussão com doentes mais idosos e sua capacidade de autodeterminação.

## **CONCLUSÕES**

Com este trabalho, identificámos uma diminuta implementação do consentimento informado por escrito para o ato anestésico. Existe a necessidade de generalização e uniformização do processo de obtenção do consentimento informado para os atos anestésicos. A avaliação pré-operatória, a prática de consentimento informado específico para o ato anestésico e o seu registo são fundamentais para o esclarecimento do doente acerca do *status* da Anestesiologia enquanto especialidade distinta e complementar na intervenção médico-cirúrgica.

O consentimento informado é um dever ético, disciplinar e legal em qualquer intervenção, que visa proteger a autodeterminação do doente. A autonomia do anestesiológista e ato anestésico está consagrada e este tem, portanto, a obrigação de obter o consentimento informado para esse procedimento. Para ser válido, o consentimento deve ser adequadamente informado e documentado. A ausência de consentimento informado válido constitui uma violação das boas práticas médicas e do bem jurídico de liberdade, podendo ser invocada a responsabilidade disciplinar, civil ou penal do médico responsável. O registo escrito do consentimento prestado constitui um instrumento documental da decisão do doente, contribuindo para a prevenção e esclarecimento de eventual processo litigioso.

Apesar das dificuldades na sua implementação regular, a obtenção de consentimento informado escrito para o ato anestésico é de grande importância e não deve ser negligenciada.

## **PROTECÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS**

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

## **CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS**

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados. Foi obtido o consentimento informado dos doentes para participação no estudo.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

Os autores declaram não ter recebido subsídios ou bolsas para a elaboração do artigo



*Tabela 1. Características demográficas e clínicas dos doentes observados (n=230).*

<b>Variável,</b> n(%) ou mediana(IQR)	<b>Total</b> n=230	<b>Com consentimento</b> informado por escrito para ato anestésico n=96 (41,7)	<b>Sem consentimento</b> informado por escrito para ato anestésico n=134 (58,3)	<b>Valor p</b>
<b>Sexo</b>				
Feminino	124	54 (43,5)	70 (56,5)	p=0,547 <sup>†</sup>
Masculino	106	42 (39,6)	64 (60,4)	
<b>Idade</b>	230	69,0 (65,0 – 77,0)	70,0 (65,0 – 77,0)	p=0,863 <sup>‡</sup>
<b>ASA</b>				
1	10	6 (60,0)	4 (40,0)	p=0,046 <sup>¶*</sup>
2	125	56 (44,8)	69 (55,2)	
3	85	32 (37,6)	53 (62,4)	
4	10	2 (20,0)	8 (80,0)	
<b>Score Charlson</b>	230	5,0 (3,0 – 9,0)	7,0 (4,0 – 10,0)	p=0,017 <sup>‡*</sup>
<b>MoCA</b>	230	22,0 (18,0 – 26,0)	22,0 (18,0 – 26,0)	p=0,976 <sub>‡</sub>
<b>Fragilidade clínica</b>				
Robusto	24	11 (45,8)	13 (54,2)	p=0,844 <sup>¶</sup>
Bem/saudável	46	21 (45,7)	25 (54,3)	
Controlado	71	27 (38,0)	44 (62,0)	
Vulnerável	39	14 (35,9)	25 (64,1)	
Fragilidade leve	16	9 (56,2)	7 (43,8)	
Fragilidade moderada	21	9 (42,9)	12 (57,1)	
Fragilidade severa	13	5 (38,5)	8 (61,5)	
<b>Antecedentes de EAM</b>				
Sim	16	6 (37,5)	10 (62,5)	p=0,721 <sup>†</sup>
Não	214	90 (42,1)	124 (57,9)	
<b>Antecedentes de AVC</b>				
Sim	15	2 (13,3)	13 (86,7)	p=0,021 <sup>†*</sup>
Não	215	94 (43,7)	121 (56,3)	
<b>Antecedentes de demência</b>				
Sim	6	2 (33,3)	4 (66,7)	p=0,508 <sup>¶</sup>
Não	224	94 (42,0)	130 (58,0)	
<b>Antecedentes de patologia neurológica</b>				
Sim	17	8 (47,1)	9 (52,9)	p=0,644 <sup>†</sup>
Não	213	88 (41,3)	125 (58,7)	
<b>Antecedentes de patologia psiquiátrica</b>				
Sim	33	15 (45,5)	18 (54,5)	p=0,640 <sup>†</sup>
Não	197	81 (41,1)	116 (58,9)	
<b>Antecedentes de anemia</b>				
Sim	47	13 (27,7)	34 (72,3)	p=0,028 <sup>†*</sup>
Não	183	83 (45,4)	100 (54,6)	
<b>Insuficiência cardíaca congestiva</b>				
Sim	18	7 (38,9)	11 (61,1)	p=0,798 <sup>†</sup>
Não	212	89 (42,0)	123 (58,0)	
<b>Doença cardíaca isquémica</b>				
Sim	19	8 (42,1)	11 (57,9)	p=0,973 <sup>†</sup>
Não	211	88 (41,7)	123 (58,3)	
<b>DPOC</b>				
Sim	11	4 (36,4)	7 (63,6)	p=0,484 <sup>¶</sup>

Não	219	92 (42,0)	127 (58,0)	
<b>SAOS</b>				
Sim	10	4 (40,0)	6 (60,0)	p=0,590 <sup>  </sup>
Não	220	92 (41,8)	128 (58,2)	
<b>Insuficiência renal crónica,</b>				
Sim	20	6 (30,0)	14 (70,0)	p=0,265 <sup>†</sup>
Não	210	90 (42,9)	120 (57,1)	
<b>Diabetes</b>				
Sim	57	19 (33,3)	38 (66,7)	p=0,138 <sup>†</sup>
Não	173	77 (44,5)	96 (55,5)	
<b>Patologia tiroideia</b>				
Sim	25	10 (40,0)	15 (60,0)	p=0,852 <sup>†</sup>
Não	205	86 (42,0)	119 (58,0)	
<b>Técnica anestésica</b>				
Geral	137	55 (40,1)	82 (59,9)	p=0,693 <sup>¶</sup>
Combinada	50	23 (46,0)	27 (54,0)	
Regional	32	13 (40,6)	19 (59,4)	
Sedação	11	5 (45,5)	6 (54,5)	
<b>Duração da anestesia em horas</b>	230	2,0 (2,0 – 2,0)	2,0 (2,0 – 2,0)	p=0,891 <sup>‡</sup>

IQR, intervalo interquartil; ASA, classificação de estado físico de acordo com a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas; MoCA, capacidade cognitiva avaliada pelo *Montreal Cognitive Assessment*; EAM, enfarte agudo do miocárdio; AVC, acidente vascular cerebral; DPOC, doença pulmonar obstrutiva crónica; SAOS, síndrome da apneia obstrutiva do sono.

\* Estatisticamente significativo, p<0,05.

† Teste do  $\chi^2$  de Pearson

‡ Teste U de Mann-Whitney

¶ Teste *linear-by-linear association*

|| Teste exato de Fisher

**Tabela 2. Distribuição dos doentes observados por serviço cirúrgico (n=230).**

Serviço, n(%)	Total n=230	Com consentimento informado por escrito para ato anestésico n=96 (41,7)	Sem consentimento informado por escrito para ato anestésico n=134 (58,3)	Valor p
Cirurgia Geral	92	37 (40,2)	55 (59,8)	p=0,585 <sup>¶</sup>
Cirurgia Vascular	21	8 (38,1)	13 (61,9)	
Ginecologia	11	6 (54,5)	5 (45,5)	
Ortopedia	32	18 (56,3)	14 (43,8)	
Cirurgia Plástica	14	5 (35,7)	9 (64,3)	
Urologia	53	19 (35,8)	34 (64,2)	
Cirurgia Maxilo-Facial	7	3 (42,9)	4 (57,1)	
Total, n(%)	230	96 (41,7)	134 (58,3)	

¶ Teste *linear-by-linear association*

## REFERÊNCIAS


1. Entidade Reguladora da Saúde. Consentimento Informado - Relatório final. 2009. Disponível em: <http://www.ers.pt>. 2009.
2. Tait AR, Teig MK, Voepel-Lewis T. Informed consent for anesthesia: a review of practice and strategies for optimizing the consent process. *Can J Anaesth*. 2014;61(9):832-842. doi:10.1007/s12630-014-0188-8
3. Pereira AGD. Responsabilidade médica e consentimento informado. Ónus da prova e nexo de causalidade. In: Macau; 2008.
4. Assembleia da República. Convenção de Oviedo - Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (Conselho da Europa 1997). *Diário da Repub*. 2001;1(2):14-36.
5. Assembleia da República. Lei de Bases da Saúde. Lei nº 48/90. Diário da República nº 195/1990, Série I de 1990-08-24. 1990:3452-3459.
6. Assembleia da República. Estatuto da Ordem dos Médicos. Lei nº 117/2015. Diário da República, nº 169, Série I de 2015-08-31. 2015:6520-6579.
7. Ordem dos Médicos. *Código Deontológico Da Ordem Dos Médicos. Regulamento Nº 707/2016. Diário Da República Nº 139/2016, Série II de 2016-07-21.*; 2016.
8. Direção Geral de Saúde. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Nº 015/2013, atualizado a 04/11/2015. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.
9. *Código Civil Português. 73ª Versão, Lei Nº 43/2017, de 2017-06-14.*; 2017.
10. *Código Penal Português. 45ª Versão, Lei Nº 94/2017, de 2017-08-23.*; 2017.
11. Nunes JM. Da responsabilidade dos médicos anestesiológicos - dos diversos tipos de responsabilidade, formas de apuramento e instâncias decisórias. Consentimento informado. 2006.
12. Tait AR, Voepel-Lewis T, Gauger V. Parental recall of anesthesia information: Informing the practice of informed consent. *Anesth Analg*. 2011;112(4):918-923. doi:10.1213/ANE.0b013e31820a9193
13. Zarnegar R, Brown MRD, Henley M, Tidman V, Pathmanathan A. Patient perceptions and recall of consent for regional anaesthesia compared with consent for surgery. *J R Soc Med*. 2015;108(11):451-456. doi:10.1177/0141076815604494
14. Rampersad K, Chen D, Hariharan S. Efficacy of a separate informed consent for anesthesia services: A prospective study from the Caribbean. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2016;32(1):18-24. doi:10.4103/0970-9185.173364
15. Klock PA, Roizen MF. More or better - Educating the patient about the anesthesiologist's role as perioperative physician. *Anesth Analg*. 1996;83(4):671-672. doi:10.1097/00000539-199610000-00001
16. Marco AP. Informed consent for surgical anesthesia care: Has the time come for separate consent? *Anesth Analg*. 2010;110(2):280-282. doi:10.1213/ANE.0b013e3181c30f8e
17. Direção Geral de Saúde. Avaliação Pré-Anestésica para Procedimentos Eletivos. Nº 029/2013, atualizado a 24/04/2015. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.

18. Quan H, Li B, Couris CM, et al. Updating and validating the charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol.* 2011;173(6):676-682. doi:10.1093/aje/kwq433
19. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40(5):373-383. doi:10.1016/0021-9681(87)90171-8
20. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005;173(5):489-495. doi:10.1503/cmaj.050051
21. Islam A, Muir-Hunter SW, Speechley M, Montero-Odasso M. Facilitating Frailty Identification: Comparison of Two Methods among Community-Dwelling Older Adults. *J frailty aging.* 2014;3(4):216-221. doi:10.14283/jfa.2014.27
22. Freitas S, Simões MR, Marôco J, Alves L, Santana I. Construct validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *J Int Neuropsychol Soc.* 2012;18(2):242-250. doi:10.1017/S1355617711001573
23. Freitas S, Simões MR, Martins C, Vilar M, Santana I. Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MOCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica.* 2010;9(3):345-357.
24. Nasreddine ZS, Phillips N a., Bedirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(4):695-699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
25. Lichtenberg PA. Handbook of Assessment in Clinical Gerontology. In: Elsevier, ed. *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology.* 2nd ed. Academic Press; 2010:503-530. doi:10.1016/C2009-0-01911-4
26. Momin SG. Survey of anaesthesiologists' reactions to implementation of laws related to anaesthesia practice. *Indian J Anaesth.* 2015;59(2):103-109. doi:10.4103/0019-5049.151374
27. Fleisher LA, Roizen MF. *Essence of Anesthesia Practice.* 3rd ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2011.
28. Teles R, Mansilha A. Vantagens da anestesia locoregional relativamente à anestesia geral na endarterectomia carotídea. *Angiol e Cir Vasc.* 2014;10(2):64-70. doi:10.1016/S1646-706X(14)70052-7
29. Zugliani A. *Anestesia Em Ortopedia E Bloqueio de Nervos Periféricos.* 1st ed. Elsevier/Saunders; 2016.
30. Karkouti K, Wijeyesundera DN, Beattie WS. Risk associated with preoperative anemia in cardiac surgery : A multicenter cohort study. *Circulation.* 2008;117(4):478-484. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.718353
31. Musallam KM, Tamim HM, Richards T, et al. Preoperative anaemia and postoperative outcomes in non-cardiac surgery: A retrospective cohort study. *Lancet.* 2011;378(9800):1396-1407. doi:10.1016/S0140-6736(11)61381-0
32. Hans G, Jones N. Preoperative anaemia. In: *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain.* ; 2013:71-74. doi:https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mks064
33. Priya Khanna M, Hébert PC, Fergusson DA. Review of the clinical practice literature on

- patient characteristics associated with perioperative allogeneic red blood cell transfusion. *Transfus Med Rev.* 2003;17(2):110-119. doi:10.1053/tmrv.2003.50008
34. Hare GMT, Baker JE, Pavenski K. Assessment and treatment of preoperative anemia: Continuing Professional Development. *Can J Anesth Can d'anesthésie.* 2011;58(6):569-581. doi:10.1007/s12630-011-9498-2
  35. Klick JC, Avery EG. Anesthetic Considerations for the Patient with Anemia and Coagulation Disorders. In: *Anesthesiology.* 2nd ed. McGraw-Hill Education; 2012.
  36. Waisel DB, Truog RD. The benefits of the explanation of the risks of anesthesia in the day surgery patient. *J Clin Anesth.* 1995;7(3):200-204. doi:10.1016/0952-8180(94)00047-8
  37. Minossi JG. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(1):90-95. doi:10.1590/S0100-69912009000100016
  38. Dias AS. Responsabilidade penal negligente em organizações complexas de cuidados de saúde. In: *Responsabilidade Médica, Colóquio Da Sociedade de Advogados Morais Leitão, Galvão Teles, Soares Da Silva.* ; 2012:52-57.
  39. Estatuto Disciplinar da Ordem dos Médicos. Regulamento nº 631/2016. Diário da República, nº 130, Série II de 2016-07-08. 2016:20968-20975.
  40. Pereira AD. Responsabilidade Disciplinar Médica - Manual do Módulo. Curso de Responsabilidade Médica. Ordem dos Advogados.
  41. Pereira AD. Pressupostos da Responsabilidade Civil Médica - Manual do Módulo. Curso de Responsabilidade Médica. Ordem dos Advogados.
  42. Pereira AD. Responsabilidade Penal Médica - Manual do Módulo. Curso de Responsabilidade Médica. Ordem dos Advogados.
  43. Raposo VL. Do regime das intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias no Código Penal português. *Rev Peru Ciencias Penal.* 2013.
  44. Australia. High Court. Rogers v. Whitaker. *Aust Law J.* 1993;(67):47-55.
  45. United Kingdom. House of Lords. Chester v Afshar. 2004.
  46. Falagas ME, Akrivos PD, Alexiou VG, et al. Patients' Perception of Quality of Pre-Operative Informed Consent in Athens, Greece: A Pilot Study. *PLoS One.* 2009;4(11). doi:10.1371/journal.pone.0008073
  47. Supremo Tribunal de Justiça. Processo 6669/11.3TBVNG.S1. Acórdão de 07-03-2017. 2017.
  48. Supremo Tribunal de Justiça. Processo 3925/07.9TVPRT.P1.S1. Acórdão de 09-10-2014. 2014.
  49. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia.* 1994;49(8):715-718. doi:10.1111/j.1365-2044.1994.tb04408.x
  50. Green DST, MacKenzie CR. Nuances of informed consent: The paradigm of regional anesthesia. *HSS J.* 2007;3(1):115-118. doi:10.1007/s11420-006-9035-y
  51. Stelfox HT, Gandhi TK, Orav EJ, Gustafson ML. The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits. *Am J Med.* 2005;118(10):1126-1133. doi:10.1016/j.amjmed.2005.01.060

52. Soin B, Thomson HJ, Smellie WAB. Informed consent: A case for more education of the surgical team. *Ann R Coll Surg Engl*. 1993;75(1):62-65.
53. Houghton D, Williams S, Bennett J, Back G, Jones A. Informed consent: patients' and junior doctors' perceptions of the consent procedure. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 1997;22(6):515-518. doi:10.1046/j.1365-2273.1997.00059.x
54. Waisel DB, Lamiani G, Sandrock NJ, Pascucci R, Truog RD, Meyer EC. Anesthesiology trainees face ethical, practical, and relational challenges in obtaining informed consent. *Anesthesiology*. 2009;110(3):480-486. doi:10.1097/ALN.0b013e318197ff46

## Anexo I. Formulário de consentimento informado utilizado na instituição em estudo

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE	
 SÃO JOÃO	<b>PARA ATOS MÉDICOS</b> <div style="border: 1px dashed black; height: 80px; margin: 10px 0; text-align: center;">etiqueta</div>
<b>Tipo de procedimento</b> (de forma compreensível para o cidadão comum)	
<p>Confirmo que expliquei ao doente, aos pais ou ao seu representante legal, de forma adequada e compreensível, o procedimento referido, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associados à sua realização, como os resultados da sua não realização, e as alternativas possíveis para a situação clínica.</p> <p>Informação escrita em anexo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Nº de páginas _____)</p> <p>Nome do Médico/Nº OM: _____ legível</p> <p>Data: ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: right;">_____ assinatura</p>	
<b>Para procedimento que envolva anestesia</b>	
<p>Tipo de procedimento anestésico (de forma compreensível para o cidadão comum)</p> <p>Confirmo que expliquei ao doente, aos pais ou ao seu representante legal, de forma adequada e compreensível, o procedimento referido, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associados à sua realização, bem como as alternativas disponíveis para a sua situação clínica.</p> <p>Informação escrita em anexo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Nº de páginas _____)</p> <p>Nome do Médico/Nº OM: _____ legível</p> <p>Data: ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: right;">_____ assinatura</p>	
<b>Doente / Representante legal</b>	
<p>· Li com atenção e compreendi todas as indicações constantes neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.</p> <p>· Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.</p> <p>· Tenho consciência de que sou livre para poder aceitar ou recusar, a qualquer momento, o procedimento que me é proposto pelo médico.</p> <p>Concordo com a realização deste procedimento, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados.</p> <p>Data: ____ / ____ / ____</p> <p>Nome (Pais/Representante legal): _____</p> <p>BI/ CC nº: _____ Grau de parentesco: _____</p> <p>Data: ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: right;">_____ assinatura</p>	

Δ N.º CES-IM002-0



## Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



NORMAS PUBLICAÇÃO

### Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA  
Acta Med Port 2013, 5 de Novembro de 2013

#### 1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

#### 2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

#### 3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

**Lema:** "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

#### 4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com) e através da Medline com interface PubMed.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa é apro-

ximadamente de 55% dos mais de 300 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

#### 5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade



pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final

As condições 1, 2 e 3 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o "Formulário de Autoria" com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção "Agradecimentos".

## 6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submeter o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: \_\_\_\_\_ (ref.

AMP \_\_\_\_\_) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da

parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

## Todos os Autores devem assinar

Data: \_\_\_\_\_

Nome (maiúsculas): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## 7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

## 8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

## 9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

## 10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e

contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no site da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar

a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

## 11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> "submeter artigo" indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação *fast-track*, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

- e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

## 12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

- a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.



- b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.
- c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.
- d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.
- e) A identidade dos revisores é confidencial.
- f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.
- g) O editor-chefe tem total independência editorial.
- h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.
- i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.
- j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.
- k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.
- l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.
- m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

### 13. NORMAS GERAIS ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o "AMA Manual of Style", 10th ed. e/ou "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, "Analisámos dados", e não "Os dados foram analisados". Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; "Os autores gostariam de agradecer". Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

### SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via "Submissão Online" da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão online terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

#### Na primeira página/ página de título:

- a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo
- b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)
- c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho
- d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito
- e) Título breve para cabeçalho

#### Na segunda página

- a) Título (sem autores)
- b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referências a figuras.
- c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

#### Na terceira página e seguintes:

##### ■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

##### ■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

**■ Artigos Originais:**

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. [clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

**■ Artigos de Revisão:**

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

**■ Caso Clínico:**

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Bibliografia.

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 refe-

rências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

**■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):**

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

**■ Guidelines / Normas de orientação:**

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

**■ Cartas ao Editor:**

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.



**Abreviaturas:** Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

**Unidades de Medida:** As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

**Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos:** Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

## IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

**Legendas:** Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

**Tabelas:** É obrigatório o envio das tabelas a preto e

branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

**Legenda/Título das Tabelas:** Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

**Figuras:** Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

**Legenda das Figuras:** Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

• **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

• **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que

são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

#### AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

#### REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** "Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994<sup>13</sup> and in multiple sclerosis<sup>14</sup>."

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço<sup>5-9</sup>.

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula<sup>12,15,18</sup>.

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

**Notas:** Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de "et al".

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

##### Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação;Volume: páginas.

##### 1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011;24:791-8.

##### 2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

#### Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

##### 1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

##### 2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

##### Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

##### Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

##### Documento electrónico:

##### 1.CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

##### 2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. Biostatistics: a methodology for the health sciences [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

##### 3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9].Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

#### PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

#### ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

#### NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>.